

Форма добровольного информированного согласия на проведение профилактического медицинского осмотра

Я _____
(фамилия, имя, отчество - полностью)
« _____ » _____ года рождения,
проживающий (ая) по
адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет:

Я _____
паспорт: _____ выдан: _____
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)
ребенка: _____
(Ф.И.О. ребенка полностью, год рождения)

в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» проинформирован в доступной для меня форме о предстоящем профилактическом медицинском осмотре в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ.

Я добровольно даю свое согласие на проведение профилактического медицинского осмотра в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ в _____
(полное наименование медицинской организации)

Мне (моему представляемому) в доступной форме дана полная информация о целях, характере и методах профилактического медицинского осмотра в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ, о его последствиях, предполагаемых результатах, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время его проведения. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно.

Я информирован (информирована) о том, что информация о результатах профилактического медицинского осмотра составляет врачебную тайну, является конфиденциальной и не будет разглашена.

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мною прочитаны, мне разъяснены, мною поняты и меня удовлетворяют.

Я разрешаю предоставить информацию о результатах профилактического медицинского осмотра моим родителям (законным представителям):

(Ф. И.О. полностью)

Контактный телефон:

Подпись _____ гражданина _____ (законного _____ представителя)

(Ф.И.О. медицинского работника)

подпись

« _____ » _____ 20 _____ г.
дата оформления

